

возникновения и общего количества послеоперационных осложнений, по сравнению с пациентами 2 группы.

Число вмешательств по поводу послеоперационных осложнений в 1 группе было 7 на 38 (18%) случаев, во 2 группе – 12 на 38 (32%) ( $\chi^2=1,75$ ;  $p=0,19$ ).

Общая летальность в 1 группе составила 15% (умерло 6 из 40 пациентов), во 2 группе – 25% (10 из 40) (при  $\chi^2=1,25$ ;  $p=0,26$ ). Послеоперационная летальность составила 16% (6 из 38) и 26% (10 из 38) в 1 и 2 группах соответственно (при  $\chi^2=1,27$ ;  $p=0,26$ ).

Введение препаратов смеси эфиров тестостерона в масляном растворе не сопровождалось развитием каких-либо побочных эффектов и нежелательных реакций.

Средний койко-день в послеоперационном периоде у пациентов 1 группы составил 27,9, 2 группы – 32,6 койко-дней (разница – 4,7 койко-дня). Экономия средств за счет сокращения длительности лечения в стационаре в послеоперационном периоде составила 1906,59 белорусских рублей в расчете на 1 пациента (по состоянию цен на ноябрь 2019 г.).

**Выводы.** Включение препарата смеси эфиров тестостерона в программу комплексного лечения мужчин, оперированных по поводу ОИДЛ, устраняет андрогенный дефицит, способствует сохранению массы тела пациентов на фоне уменьшения потребности в проведении дополнительного парентерального питания и трансфузиях раствора альбумина, снижению частоты послеоперационных осложнений, позволяет снизить материальные затраты на лечение.

#### **Литература:**

1. Бисенков, Л.Г. Хирургия острых инфекционных деструкций легких : рук. для врачей / Л.Н. Бисенков, В.И. Попов, С.А. Шалаев ; под ред. Ф.Х. Кутушева. – СПб. : Изд-во ДЕАН, 2003. – 400 с.
2. Корепанов, А.М. Аминокислоты и анаболические стероиды в лечении нагноительных заболеваний легких / А.М. Корепанов, И.А. Курникова // Клин. Медицина. – 1987. – Т. 65, № 2. – С. 61–64.
3. Мурашко, Н.В. Современные подходы к диагностике и лечению синдрома дефицита тестостерона у мужчин : учеб-метод. пособие / Н.В. Мурашко. – Минск : БелМАПО, 2016–20 с.
4. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: инструкция по применению № 159–1203 : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь от 31.12.2003 / К.А. Мовчан, В.С. Глушанко, А.В. Плиш ; Витеб. гос. мед. ун-т. – Витебск : ВГМУ, 2003. – 23 с.

**УДК 616-089:57.021**

### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АМНИОТИЧЕСКОЙ МЕМБРАНЫ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

***Купченко А.М., Становенко В.В., Шаркова Л.И.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Введение.** Практически при всех заболеваниях кишечника, требующих хирургического вмешательства, в конце операции накладывается межкишечный анастомоз. Это позволяет восстановить функциональность органа, максимально улучшить качество жизни пациента. Операции на кишечнике отличаются сложностью, длительностью реабилитационного периода и требуют высокого профессионализма от оперирующего хирурга [1]. Одними из наиболее частых осложнений после наложения межкишечного анастомоза являются: стеноз, несостоятельность швов, а также воспаление в зоне анастомоза, поэтому так важно защитить область оперативного вмешательства [2]. С целью укрепления швов в абдоминальной хирургии используются различные

аутооттрансплантаты, а также клей с биосовместимым антимикробным содержимым. Однако, многие хирурги ограничивают использование данных способов, поскольку считают их причиной послеоперационных гнойных и спаечных процессов. Более перспективными считаются гели и растворы гиалуроновой кислоты, а также использование амниотической мембраны, которая идеально подходит для ускорения регенерации тканей анастомоза, не вызывая воспаления.

Амниотическая мембрана (амнион) представляет собой тонкую полупрозрачную ткань, формирующую самый глубокий слой плаценты. Она состоит из бессосудистой стромы, однослойного эпителия и тонкой непрерывной базальной мембраны, содержащей коллаген IV и V типа, ламинин и несколько ингибиторов протеиназ. Немаловажным свойством амниотической мембраны является иммунологическая активность. Тот факт, что клетки амниона не имеют на своей поверхности HLA-A, B, C и DR антигенов позволяют ее использовать без боязни отторжения. Также амнион защищает от механических повреждений; предотвращает попадание инфекции в очаг поражения и обладает бактериостатическим эффектом. Эти положительные факторы легли в основу экспериментального обоснования возможности применения амниотической мембраны для укрытия сформированных ручным способом межкишечных анастомозов.

**Цель работы.** Обосновать возможность использования в абдоминальной хирургии амниотической мембраны для укрытия межкишечных анастомозов.

**Материал и методы.** Забор участка плаценты производили в роддоме в стерильных условиях у здоровых рожениц в ходе плановых операций кесарева сечения, проводимых по стандартной методике по медицинским показаниям. После рождения ребенка и осмотра последа, участок плаценты помещали для транспортировки в стерильный физиологический раствор. Затем в стерильных условиях очищали от сгустков крови в 0,9%-ном растворе хлорида натрия, амниотическую мембрану отделяли от подлежащего хориона тупым способом, нарезали до необходимого размера и помещали в стеклянные флаконы в раствор антибиотиков, содержащий 50 ед/мл пенициллина и 50 мкг/мл стрептомицина. Хранили флаконы с амниотической мембраной в холодильнике при температуре +2 – +4 С не более 2 недель.

Экспериментальные исследования проведены на 10 кроликах обоего пола массой 3,0-3,5 кг с соблюдением этических норм обращения с лабораторными животными. Оперативное вмешательство проводили в стерильных условиях в операционной кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии. Под внутривенным тиопенталовым наркозом из расчета 3 мг/кг массы, выполняли лапаротомию, ревизию органов брюшной полости, резекцию участка тонкой кишки длиной 10 см и наложение межкишечного анастомоза по типу «конец в конец» однорядным швом нитью ПГА 4.0. Животные были разделены на две группы. В первой группе (5 кроликов) проводилось послойное ушивание лапаротомной раны, во второй группе (5 кроликов) межкишечный анастомоз был укрыт трехрядным слоем амниотической мембраны, которая фиксировалась 4-5 серозно-мышечными швами, затем также проводилось послойное ушивание лапаротомной раны. Животные выводились из эксперимента на 7-12 сутки методом эвтаназии с применением препарата Т-61.

Выполнялась оценка герметичности наложенных швов, а также внешний вид шва. Механическую прочность кишечного шва определяли методом пневмокомпрессии (нагнетание воздуха в кишку, погруженную под воду). Для качественных переменных определяли долю (%) от общего числа случаев, для описания количественных данных использовались медиана (Me) и процентиля (P25, P75). Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

**Результаты и обсуждение.** После оперативного вмешательства летальности во 2-й группе не наблюдалось, в 1-й группе погиб 1 кролик (20%). У остальных кроликов не было выявлено признаков местных (раневых) и интраабдоминальных (перитонит) инфекционных осложнений при выведении из эксперимента. Все швы были

состоятельными, однако у кроликов 2-й группы более выражена грануляционная ткань с признаками начинающейся эпителизации по сравнению с анастомозами у кроликов 1-й группы. При определении механической прочности швов (методом пневмопрессии) у животных 1-й группы выявлена несостоятельность при 105-115 мм рт. ст. (Me (P25; 75) - 105(96;113)), у животных 2-й группы выявлена несостоятельность при 135-140 мм рт. ст. (Me (P25; 75) - 138(100;160)), ( $p_{1,2}=0,045$ ).

**Выводы.** Экспериментальная модель проводимого оперативного вмешательства с наложением однорядного межкишечного анастомоза «конец в конец» позволяет оценить возможность использования амниотической мембраны для профилактики несостоятельности швов. Отсутствие летальных исходов в группе животных с использованием амниотической мембраны указывает на безопасность данного метода, а более выраженная эпителизация в области анастомоза и лучшая механическая прочность позволяют сделать вывод об эффективности данной методики.

#### **Литература:**

1. Волков, О.В. Экспериментальное обоснование применения метода ушивания разрыва тонкой кишки эвертированным механическим швом с использованием амниотической мембраны / О.Е. Волков, Н.В. Завада, И.М. Ладутько // Вестн. ВГМУ. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 38–45.
2. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В. К. Гостищев [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2011. – № 5. – С. 56–60.

**УДК 616.61 - 006**

### **ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГЕАНГИОПЕРИЦИТОМА ПОЧКИ**

*Лесничая О.В., Медведев М.Н., Малащенко С.В., Голубцов В.В.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Введение.** Гемангиоперицитома относится к крайне редким мезенхимальным опухолям почки. Всего описано менее 30 случаев гемангиоперицитомы [1]. Гистогенетически опухоль развивается измало дифференцированных гладкомышечных клеток, прилегающих к стенкам капилляров и регулирующих их размер. Некоторые авторы рассматривают перициты как источник двух близких опухолей – гемангиоперицитомы и гломангиомы. Как показывают ультраструктурные исследования, перициты обнаруживаются в стенках капилляров и венул. Они имеют длинные выросты, окружающие сосуд и образующие прерывистый слой между эндотелием и адвентициальной соединительной тканью. Обычно только базальная мембрана отделяет эндотелий от перицитов [2].

Данная опухоль имеет способность к инвазивному росту и метастазированию. В 1942 г. эту опухоль впервые описали Stout и Murray, которые предложили название данной неэпителиальной опухоли – гемангиоперицитома [3].

Возникает эта опухоль в любом возрасте – от 3 дней жизни до 92 лет, гемангиоперицитома почки чаще наблюдалась у лиц в возрасте 16-68 лет, одинаковой частотой у представителей обоих полов. Дифференциальный диагноз следует проводить с саркомой Капоши, ангиолейомиобластомой, фибросаркомой, ангиосаркомой, гломус-ангиомой Баре-Масона, сосудистой лейомиомой, саркомой Юинга, а в почке – еще и с некоторыми вариантами почечноклеточного рака [1, 4].

Гемангиоперицитома чаще всего поражает кожу и подкожную жировую клетчатку (34,5%), скелетные мышцы нижних конечностей (24,5%), брюшинное пространство (24%), область головы и шеи (17%). Опухоль может локализоваться всюду, где имеются капилляры, включая ротовую полость, средостение, брюшинное пространство [5].